

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

THESE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

M^{lle} Zaira NANU

Né le 12 Janvier 1904, à Craiova (Roumanie)

Considérations sur la Conduite à tenir dans la présentation du Front

Président de Thèse : M. le Professeur BRINDEAU

PARIS

LIBRAIRIE LIPSCHUTZ

4, Place de l'Odéon

1934

ANNÉE 1934

N°

THESE
POUR LE
DOCTORAT EN MEDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR
M^{lle} Zaïra NANU

Né le 12 Janvier 1904, à Craiova (Roumanie)

**Considérations sur la Conduite
à tenir dans la
présentation du Front**

Président de Thèse : M. le Professeur BRINDEAU

PARIS
LIBRAIRIE LIPSCHUTZ
4, Place de l'Odéon

1934

I. — PROFESSEURS

Le Doyen..... G. ROUSSY

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	PROUST.
Physiologie	BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	DESGREZ.
Bactériologie	DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.....	CLERC.
Pathologie chirurgicale.....	MARION.
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LCGER.
Hygiène et Médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie..	MAURICE VILLARET.
Clinique médicale.....	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	MARCEL LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des ma- ladies de l'encéphale.....	
Clinique des maladies cutanées et syphi- litiques	H. CLAUDE.
Clinique des maladies du système nerveux	GOUGEROT.
Clinique des maladies infectieuses.....	GUILLAIN.
	LEMIERRE.
	LENORMANT.
Clinique chirurgicale.....	CUNEO.
	GREGOIRE.
Clinique ophtalmologique.....	GOSSET.
Clinique urologique.....	TERRIEN.
	LEGUEU.
Clinique d'accouchements.....	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
Clinique gynécologie.....	JEANNIN.
Clinique chirurgicale infantile et orthopé- die	J.-L. FAURE.
Clinique thérapeutique médicale.....	OMBRÉDANNE.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	RATHERY.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	LEMAITRE.
Clinique propédeutique.....	PIERRE DUVAL.
Clinique de la Tuberculose.....	SERGENT.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'a- dulte	LÉON BERNARD.
Professeur sans chaire.....	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
	MAUCLAIRE.
	MULON.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

Neurologie et Psychiatrie.....	ALAJOUANINE.
Pathologie médicale.....	AUBERTIN.
Pathologie médicale.....	BÉNARD HENRI.
Pathologie chirurgicale.....	BROCO.
Pathologie médicale.....	BRULÉ.
Pharmacologie	BUSQUET.
Pathologie chirurgicale.....	CADENAT.
Pathologie médicale.....	CATHALA.
Pathologie médicale.....	CHABROL.
Physiologie	CHAILLEY-BERT.
Pathologie médicale.....	CHEVALLIER.
Physique	DOGNON.
Pathologie médicale.....	DONZELOT.
Obstétrique	ECALLE.
Urologie	FEY.
Bactériologie	GASTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	GATELLIER.
Pathologie chirurgicale.....	GIROUD.
Histologie	DE GAUDART D'ALLAINES
Oto-rhino-laryngologie	HALPHEN.
Pathologie médicale.....	HARVIER.
Pharmacologie	HAZARD.
Anatomie pathologique.....	HUGUENIN.
Pathologie médicale.....	HUTINEL.
Hygiène	JOANNON.
Chimie biologique.....	LABBÉ HENRI.
Pathologie médicale.....	LAROCHE GUY.
Pathologie chirurgicale.....	LEVEUF.
Neuro-psychiatrie	LEVY-VALENSI.
Pathologie médicale.....	LIAN.
Pathologie chirurgicale.....	MONDOR.
Pathologie médicale.....	MOREAU.
Pathologie chirurgicale.....	MOULONGUET.
Pathologie chirurgicale.....	MOURE.
Histologie	MULON.
Anatomie pathologique.....	OBERLING.
Anatomie	OLIVIER.
Médecine légale.....	PIÉDELIEVRE.
Obstétrique	PORTES.
Pathologie médicale.....	QUÉNU.
Physiologie	RICHET Fils.
Chimie biologique.....	SANNIÉ.
Dermatologie et syphiligraphie.....	SÉZARY.
Pathologie chirurgicale.....	VALLERY-RADOT.
	(Pasteur).
Ophtalmologie	VELTER.
Obstétrique	VIGNES.
Obstétrique	VAUDESCAL.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

Obstétrique	LEQUEUX.
Anatomie pathologique.....	LEROUX.
Parasitologie	NEVEU-LEMAIRE.
Histologie	RETTERER.
Physique	ZIMMERN.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

A TITRE PERMANENT

(ANNEXE)

MM.

Clinique médicale.....	ABRAMI.
Clinique médicale.....	CHIRAY.
Clinique médicale.....	DUVOIR.
Clinique médicale.....	BASSET.
Clinique chirurgicale.....	CHEVASSU.
Clinique chirurgicale.....	HEITZ-BOYER.
Clinique chirurgicale.....	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale.....	N...
Clinique chirurgicale.....	SCHWARTZ.
Clinique obstétricale.....	LE LORIER.
Clinique obstétricale.....	LEVY-SOLAL.
Clinique obstétricale.....	METZGER.
Clinique obstétricale.....	GUENIOT.

V. — CHARGÉS DE COURS

N.M.

Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.....	MAUCLAIRE, profes- seur sans chaire.
Stomatologie	FREY.
Education physique.....	CHAILLEY-BERT.
Radiologie clinique.....	LEDOUX-LEBARD.
Puériculture	WEILL-HALLÉ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE

et à

MA MERE

*Faible témoignage de ma pro-
fonde affection.*

A mon Président de Thèse

Monsieur le Professeur BRINDEAU

PROFESSEUR DE LA CLINIQUE OBSTÉTRICALE

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Hommage respectueux.

A Monsieur le Docteur CATHALA

ACCOUCHEUR DES HOPITAUX

Monsieur le Docteur DESNOYERS

PROFESSEUR-ADJOINT A LA MATERNITÉ

Monsieur le Docteur DESOUBRY

CHEF DE CLINIQUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

*Que je suis heureuse de remer-
cier pour l'accueil bienveillant
que j'ai trouvé auprès d'eux.*

INTRODUCTION

Depuis le début du siècle dernier, de nombreuses discussions ont été soulevées à propos de la présentation du front.

En dehors des différentes théories établies pour expliquer le mécanisme de ce mode de présentation, la lutte a surtout été ardente pour établir, s'il s'agit d'une forme autonome ou si elle constitue une variété de la présentation de la face.

En parcourant la bibliographie toute récente, nous constatons que les auteurs tendent, de plus en plus, à accorder une autonomie, d'ailleurs bien méritée, à la présentation du front. Cette dernière a une physionomie toute spéciale qui ne s'apparente en rien à la présentation de la face.

Nous avons pu, au cours de notre séjour à la clinique Tarnier, observer une quarantaine de cas, et le professeur BRINDEAU a bien voulu nous charger d'un travail concernant cette question. Qu'il nous soit permis de remercier ici le professeur Brindeau, grâce à qui nous avons pu nous initier dans l'art si difficile de l'accouchement et qui s'est montré envers nous d'une

extrême bienveillance et dont nous suivions l'enseignement avec le plus vif plaisir.

M. BRINDEAU, en appliquant la symphysiotomie dans les présentations du front est venu aux conclusions qu'il s'agit là d'un traitement de choix. Il s'est fait un défenseur ardent de ce mode d'intervention. Les reproches qu'on ait pu faire à la symphysiotomie se sont montrés inopérants.

Nous reprendrons les idées de notre maître BRINDEAU au cours de cette étude pour insister sur les bienfaits de la symphysiotomie dans la présentation du front, ainsi que son innocuité absolue.

Notre étude comprendra :

- 1° Historique;
- 2° Définition;
- 3° Fréquence;
- 4° Etiologie;
- 5° Mécanisme;
- 6° Diagnostic;
- 7° Pronostic;
- 8° Indications thérapeutiques;
 - a) les accouchements spontanés;
 - b) la version;
 - c) Forceps;
 - d) $\left\{ \begin{array}{l} \text{Basiotripsie;} \\ \text{Cranioclasie;} \end{array} \right.$
 - e) Pubiotomie;
 - f) La symphysiotomie;
 - g) Césarienne.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

C'est à MAURICEAU que revient le mérite d'avoir mentionné le premier la présentation du front (1681).

BAUDELOQUE (1796) insiste assez longuement sur ce mode de présentation et essaie de l'expliquer par l'obliquité de l'utérus. L'auteur conseille de la transformer en sommet toutes les fois que la chose est possible.

Vers la même époque, LEVRET publie une très bonne observation de présentation du front, sans toutefois la discuter.

Ce n'est qu'en 1820 que Mme LACHAPELLE donne une étude approfondie de la variété dite frontale de la présentation de la face. Elle dit entre autre : « Le plus souvent les positions persistantes ne peuvent se terminer spontanément. » L'auteur publie neuf observations à ce sujet.

En 1844, CHAILLY pose les contre-indications de la réduction manuelle.

JAQUEMIER (1846) est partisan de la transformation manuelle ou instrumentale; mais il insiste sur le fait qu'il est parfois impossible d'entraîner la tête lorsqu'elle conserve la situation primitive frontale.

En 1873, SCHATZ décrit un nouveau procédé de transformation par manœuvres externes; mais la manœuvre est difficile et n'est possible que si l'utérus et la paroi ont une souplesse particulière.

En 1873, AHLFELD étudie l'étiologie de la présentation du front.

SCHRÖEDER distingue, un des premiers, la présentation de la face et celle du front (1874). Il conseille la version, si le col est assez dilaté et le front encore mobile, sinon on essaiera la transformation en sommet ou en face.

Dans sa thèse : « De la tête du fœtus au point de vue de l'obstétrique » (1876), BUDIN relate une observation d'accouchement par le front, sans toutefois oser donner à ce cas exceptionnel le nom de présentation du front.

MANGIAGALLI publie, en 1880, une ingénieuse étude sur le mécanisme de l'accouchement en position frontale. Nous l'étudierons au chapitre sur le mécanisme de la présentation.

Le suédois HENRICIUS démontre, en 1883, que la cause principale de la présentation du front réside dans un vice du bassin.

DEVARS (1885) et BLANC (1886) tentent à démontrer

l'autonomie de la présentation et à élucider son mécanisme d'engagement.

POLLOSSON, en 1892, combat la théorie de Mangiagalli et en établit une autre, personnelle.

La thèse de GRAVIER expose les différentes théories sur le mécanisme de la présentation ; les divers traitements y sont également mentionnés. L'auteur y défend chaudement la symphysiotomie, réhabilitée en France quelque temps auparavant par PINARD.

En 1894 et en 1897 (Congrès de Moscou), VARNIER soutient la symphysiotomie comme mode de traitement desdites présentations.

Vers le début de 1900, les idées des divers accoucheurs ne sont pas encore fixées et la plupart d'entre eux considèrent la présentation du front comme variété de présentation de la face ou du sommet.

C'est ainsi que FIEUX (1901) affirme l'indépendance de la variété frontale, à cause du traitement particulier, mais la classe dans les subdivisions de la présentation de la face.

WALLICH (1902), conclue, d'après de nombreux cas observés, que la symphysiotomie est un traitement de choix. Ce n'est qu'en 1907 que PUECH isole nettement la présentation du front des autres présentations et lui attribue un droit d'autonomie. — OSTER suit le raisonnement de PUECH et fait une thèse très documentée (1907).

Tandis que CHATILLON relève cinq accouchements spontanés sur sept cas, STIGLBAUER constate, au contraire, un grand pourcentage d'accouchements artificiels.

En 1924 on applique la césarienne basse à BAUDELOQUE, et BASSIN fait sa thèse sur ce sujet en 1930.

Les dernières années, les publications abondent à ce sujet. Citons les communications de JEANNIN, BROUHA, FAVREAU, AUDEBERT et ESTIENNY, MARET et beaucoup d'autres.

*
**

Nous nous sommes proposée d'étudier les présentations du front d'après 37 observations recueillies dans les services de M. BRINDEAU et de M. CATHALA. Après un court aperçu des traitements appliqués, nous consacrerons un chapitre spécial à la symphysiotomie, dont les bienfaits sont incontestables en matière de présentation du front.

CHAPITRE II

DEFINITION

La présentation du front mérite, comme nous l'avons dit, de constituer une classe spéciale, bien individualisée par le mode d'engagement et de dégagement. « Les complications et les accidents particuliers à cette présentation suffiraient seuls à la caractériser ». (CHEVALIER). Cette présentation remplit d'ailleurs les conditions d'une présentation énoncée par FARABEUF et VARNIER sur la présentation en général : « la partie foetale qui est engagée ou tend à s'engager dans l'excavation du bassin constitue la présentation. »

On appelle présentation du front, les cas où la tête s'étant présentée au détroit supérieur en front, s'engage dans la même attitude dans l'excavation pelvienne et vient se dégager en front au détroit inférieur et à la vulve.

Il s'agit donc là d'une présentation du front *définitive*.

Nous éliminons les présentations frontales *temporaires* qu'on peut rencontrer fréquemment au début d'une présentation de la face ou du sommet, surtout dans les cas de bassins aplatis. Il ne s'agit donc là que de pseudo-présentations du front.

CHAPITRE III

FREQUENCE ET STATISTIQUES

La présentation du front est une variété rare.

HEINRICIUS a rassemblé tous les cas rapportés jusqu'en 1883 et n'a trouvé que 157 cas.

KLEINWACHTER l'a trouvé une fois sur 5.000 accouchements.

SCHULTZ 1 fois sur 2.000.

HECKER 1 fois sur 1.025.

La Faculté de Strasbourg 1 fois sur 1.300.

JEANNIN 1 fois sur 1.025.

HILDEBRANDT 1 fois sur 2.000 environ.

STADTFELDT 1 fois sur 2.000 environ.

SPAETH 1 fois sur 2.000 environ.

BAUDELOQUE 1 fois sur 1.212.

OSTER 1 fois sur 1.114.

BEHREN constate 46 cas entre les années 1885-1911.

STIGLBAUER 1 fois sur 1.018.

Nous avons pu révéler 34 cas à TARNIER (serv. BRIN-DEAU) sur 27.819 accouchements et 5 cas à St-Louis (service CATHALA). Nous trouvons une moyenne de 1 présentation du front sur 818 accouchements (Tarnier).

La moyenne est donc d'une pour 1.830 environ.

CHAPITRE IV

ETIOLOGIE

Les facteurs étiologiques sont nombreux.

CAUSES MATERNELLES

La multiparité entraîne une perte de tonicité des parois utérines et abdominales; de ce fait, la tête peut ne pas être suffisamment maintenue et prendre une attitude vicieuse.

Heinricius a constaté 60 % de multipares

Oster	—	56 %	—
Bassin	—	63 %	—
Chevalier	—	60 %	—
Maret	—	53 %	—
Nous trouvons		54 %	—

L'obliquité utérine mise en cause par Baudeloque ne semble pas être d'une grande importance étiologique.

Heinricius	7 %
Devars	22 %
Bassin	3 %
Cas de Mme Gaussel	
Nous trouvons	3 %

La résistance du col de l'utérus.

Placenta siégeant au niveau du segment inférieur.

Bassin, 6 %.

Cas de Mme Gaussel,

3 cas personnels.

Tumeur du segment inférieur (fibrome).

Contractions spasmodiques de l'anneau de Bandl.

Cette contraction enserre le cou et empêche la tête de se fléchir ou de se défléchir.

Les viciations pelviennes sont la cause la plus importante.

Devaux	36 %
Budin	25 %
Oster	55 %
Heinricius	36 %
Bassin	33 %
Maret	12 %

D'après Spigelberg, la présentation du front est 16 fois plus fréquente dans les bassins rétrécis que dans les bassins normaux.

Nous trouvons 35 %.

Les explications en sont très évidentes : normalement, les contrepressions s'exercent avec une égale intensité sur tout le pourtour de la tête fléchie. En cas d'inégalité de la filière osseuse, il se produit des points

d'arrêt auxquels s'accrochent soit l'extrémité occipitale, soit l'extrémité frontale. Dans le premier cas, c'est l'extrémité frontale qui descendra seule par un mouvement de bascule. Dans le second cas, alors que la tête est défléchie, l'occiput cédera seul à l'impulsion et la tête tendra à se fléchir.

CAUSES FŒTALES

Le fœtus peut, lui aussi, créer des obstacles à la flexion ou à la déflexion de la tête et par ce fait donner lieu à une présentation du front.

Le petit volume de la tête fœtale (surtout chez les primipares). La tête trop petite peut s'engager dans la situation où elle se trouve, car les lois de l'accommodation perdent ici toute leur valeur.

HEINRICIUS	70 %
OSTER	33 %
MARET	12 %

Le voisinage d'une deuxième tête dans une grossesse double. La flexion de la tête n'y est plus possible. (2 cas personnels).

L'hydrocéphalie, avec distension de la région frontale. Ici l'accouchement spontané est souvent possible, car l'excès de volume de la tête n'est pas corrélatif d'un excès d'ossification (VARNIER).

La macération du fœtus : 4 cas personnels.

La brièveté du cou.

Les tumeurs de la nuque et du cou.

La tête régulièrement arrondie (en boule).

L'excès de volume pathologique de la région thoracique ou abdominale. (HEINRICIUS, 2 cas).

Le goître congénital (AHLFELD).

Le torticolis congénital (AWARD).

CAUSES OVULAIRES

La procidence des membres.

HEINRICIUS : 4 cas; nous en avons constaté 2 cas.

La procidence du cordon.

HEINRICIUS : 6 cas; un cas personnel.

Circulaire du cordon.

MARET : 4 cas; OSTER : un cas personnel.

L'excès du liquide amniotique.

3 cas personnels.

*
**

Toutes ces causes peuvent, en théorie, provoquer isolément une présentation du front. Mais, en réalité, ce n'est pas une cause qui agit, mais plusieurs réunies ensemble qui ont pour résultat la présentation du front.

CHAPITRE V

MECANISME

Les régions fœtales qui, dans la présentation du front, s'offrent les premières encadrées dans la circonférence pelvienne sont d'une part, les frontaux, le bregma et les pariétaux; d'autre part, les arcades sourcillières, les globes oculaires, la pyramide nasale et le maxillaire supérieur.

Nous allons analyser une à une les différentes phases d'engagement et de dégagement de la tête fœtale.

I. — TEMPS D'ENGAGEMENT

a) *Phénomènes préparatoires :*

Devant l'obstacle osseux, la tête ne peut pas s'amoindrir par substitution de diamètres plus petits aux diamètres plus grands qu'elle présente. L'orientation se fait de telle sorte que ce diamètre se place suivant le diamètre transverse du bassin ou d'un des diamètres obliques. Mais comme il n'y a pas d'amoindrisse-

ment des diamètres (par flexion ou extension) il suppose une véritable réduction de la tête par tassement qui se prolonge pendant toute la durée de l'engagement. On constate donc un allongement du diamètre occipito-frontal (par aplatissement de la voûte crânienne) ainsi que du diamètre occipito-mentonnier (par aplatissement de la face).

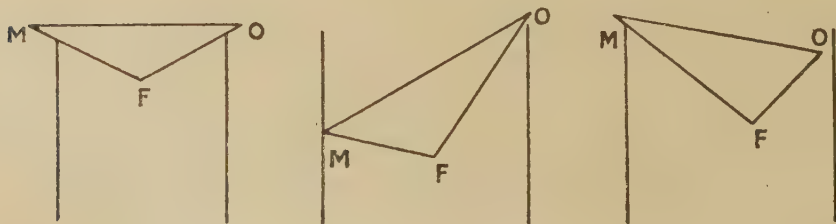
Grâce aux phénomènes plastiques, la tête prend la forme d'un cône dont le sommet est formé par le front.

b) *L'engagement proprement dit :*

Pour expliquer l'engagement du front, nous possédons trois théories dues à Mme LACHAPELLE, MANGIAGALLI et POLLOSSON.

(Nous ne faisons que mentionner les théories de MARCHIONNESCHI, de BLANC et de DEVARS).

1) D'après Mme LACHAPELLE la tête s'engage dans l'excavation, en se plaçant dans une attitude rigoureusement indifférente (ni flexion, ni déflexion), dans laquelle l'occiput et le menton restent à la même hauteur et descendent simultanément dans l'excavation, restant toujours dans un plan parallèle à lui-même.



II) D'après MANGIAGALLI, l'engagement se ferait par une déflexion légèrement incomplète de la tête fœtale, amenant l'angle mentonnier du triangle plus bas que l'angle occipital.

III) D'après POLLOSSON, l'angle occipital descend le premier, notablement plus bas que l'angle mentonnier.

Chacune de ces théories est sujette à de nombreuses objections.

C'est ainsi que différents auteurs jugent impossible à une tête en attitude indifférente de pénétrer dans l'excavation pelvienne dans cette attitude (pour la théorie de Mme LACHAPELLE).

Quant à la théorie de MANGIAGALLI, on ne voit pas très bien comment il peut se faire que la déflexion ébauchée ne se complète pas et ne donne pas une présentation de la face. Et d'autre part, on ne voit pas pourquoi, dans l'engagement selon POLLOSSON, la flexion commençante qui amène déjà l'occiput plus bas que le menton ne se complète pas, elle aussi, mais pour donner finalement une présentation du sommet. (LE LORIER).

On pourrait soutenir que la plasticité de la tête s'est rapidement accompagnée de déformations qui calent la tête dans son attitude initiale, mais cette explication n'est valable que pour les cas où une cause quelconque oblige la tête à se figer dans son attitude initiale d'engagement (brièveté ou tumeur du cou).

Il paraît que la théorie de Mme LACHAPELLE se rapproche le plus de la vérité, quoi qu'on ait pu objecter que la pénétration de tête fût impossible en attitude

indifférente parce que le diamètre le plus long du détroit supérieur ne dépasse pas 13 cm. et que les diamètres de l'excavation pelvienne ne dépassent pas 12 cm., alors que l'axe occipito-mentonnier mesure 13,5 cm. Mais l'engagement est parfaitement possible dans les cas où il existe un certain allongement du diamètre transverse du détroit supérieur et de l'excavation (bassins aplatis, rétrécis dans le sens antéro-postérieur, mais agrandis dans le sens transversal) et même dans les bassins normaux, à condition que la tête ait une plasticité suffisante et qu'elle soit peu ossifiée. La tête, en effet, sous l'influence de contractions utérines énergiques, se réduit, se tasse au prix d'un modelage forcé, diminuant les diamètres opposés à l'engagement. Elle se produit un peu à la manière d'un gros bouchon de Champagne que l'on force à pénétrer dans l'étroit goulot de la bouteille (LE LORIER) ou bien comme l'œuf décoquillé franchit le col d'une carafe où l'on a fait le vide (OSTER).

Il arrive très fréquemment que cette tête ne peut plus progresser; elle est alors enclavée et c'est ce fait toujours menaçant dans cette présentation qui rend son pronostic si mauvais.

II. — TEMPS DE DÉGAGEMENT

a) *Rotation de dégagement :*

Le dégagement est préparé par une rotation intrapelvienne qui s'effectue de telle sorte que la face tourne en avant et se place derrière la symphyse pubienne.

Cette rotation est de 45 degrés à 90 degrés au maximum.

b) *Dégagement* :

La rotation faite, le maxillaire supérieur et la région sous-nasale viennent en contact avec le bord inférieur de la symphyse pubienne, tandis que la bouche et le menton se trouvent encore derrière la face postérieure du pubis. Puis le maxillaire supérieur formant pivot au-dessus de cette symphyse, la tête se dégage par un mouvement de flexion, suivant les diamètres sous-nasaux. On voit alors apparaître le front hors de la vulve puis la grande fontanelle, la suture sagittale et l'occiput. Dès que ce dernier est passé, on voit le périnée se rétracter sur la région sous-occipitale et la tête effectuer un mouvement de déflexion grâce auquel apparaissent à l'extérieur les régions attardées derrière le pubis : bouche et menton qui sort en dernier lieu.

Dans certains cas, la bouche du fœtus « mord » la symphyse ; le dégagement se fait comme précédemment, mais plus facilement, les diamètres intra-buccaux étant inférieurs aux diamètres nasaux.

Parfois le dégagement se fait suivant un diamètre oblique du détroit inférieur. L'occiput glisse au devant d'un ligament sacro-sciatique, alors qu'au côté opposé, le sous-nez ou le maxillaire supérieur se place derrière une des branches ischio-pubienne. Le dernier temps est identique aux autres accouchements.

PHÉNOMÈNES PLASTIQUES

En même temps qu'elles travaillent, les contractions utérines particulièrement violentes s'emploient à modifier la tête dont la résistance peut lutter avec celle des parois du bassin. La longueur du travail et la grande laxité du tissu de la région frontale expliquent pourquoi la bosse séro-sanguine est habituellement très volumineuse. Une bosse frontale particulièrement proéminente surplombe le massif facial.

Par suite de la réduction des diamètres antéro-postérieurs de la tête, il se produit des chevauchements marqués au niveau des sutures fronto-pariétales et occipito-pariétales. La tête revêt, dans l'ensemble, l'aspect d'un coin triangulaire.

L'accouchement dans la présentation de la face est particulièrement pénible, ce qui se manifeste d'abord par une prolongation considérable de la durée du travail (jusqu'à 71 heures, MARET).

CHAPITRE VI

DIAGNOSTIC

L'*interrogatoire* et l'inspection de la femme ne donnent pas de renseignements pour le diagnostic ; toutefois, il peut arriver que la présentation du front se réalise à plusieurs reprises chez la même femme.

La *palpation* permet de constater des caractères analogues à ceux observés dans la présentation de la face. On trouve, de chaque côté de la ligne blanche, deux reliefs dessinés par le front et l'occiput. La main peut parfois sentir une saillie en forme de fer à cheval, constituée par le maxillaire inférieur (Budin). D'autre fois on sent très nettement le « coup de hache », exactement comme dans la présentation de la face.

L'*auscultation* permet d'entendre les battements du cœur fœtal très rapprochés de l'oreille dans les positions antérieures. On peut parfois sentir, à la palpation, les battements cardiaques (LE LORIER).

Mais le meilleur guide est le *toucher* qui, pratiquement, permet seul de reconnaître la présentation.

Lorsque la dilatation est peu avancée, le diagnostic pourra donner lieu à quelques hésitations. Mais lorsque la tête est fortement engagée, on atteint tout d'abord les deux bosses frontales séparées par une suture interfrontale, puis la fontanelle bregmatique et en arrière la partie antérieure de la suture sagittale; près des bosses frontales, le nez, les orbites, les globes oculaires. Mais il faut avoir présent à l'esprit que la bosse séro-sanguine peut parfaitement dissimuler ces différentes parties.

Le front se différencie du sommet par le fait que le doigt ne peut atteindre la fontanelle postérieure; il se différencie de la face parce que ni la bouche, ni le menton ne sont atteints.

Le diagnostic est parfois très difficile, notamment dans les occipito-postérieures du sommet où il arrive souvent qu'au moment où l'occiput aborde le releveur de l'anus, la flexion parfaite ne se fasse que tardivement et que, par conséquent, le bregma reste au milieu de l'excavation.

Lorsque les membranes sont intactes, on rencontre souvent une poche des eaux très volumineuse dont la rupture précoce est habituelle.

La nomenclature des positions et variétés du front s'établit en prenant comme point de repère soit le front, soit le nez, soit le maxillaire supérieur. Les auteurs ne sont pas d'accord sur ce point. On parle donc (si l'on adopte la région maxillaire comme point de repère) de position maxillo-iliaque gauche ou droite, antérieure, transversale ou postérieure.

CHAPITRE VII

PRONOSTIC

Dans les conditions les plus favorables, la tête évolue sous l'influence de contractions énergiques de l'utérus dans un bassin relativement spacieux et l'accouchement se passe normalement. Mais ces cas sont plutôt rares et il est de beaucoup plus fréquent d'avoir à intervenir pour terminer l'accouchement. Aussi voyons-nous la plupart des accoucheurs placer cette présentation dans le cadre des présentations dystociques.

Les difficultés de l'engagement, l'impossibilité pour la tête d'exercer sa rotation interne, en même temps que la nécessité d'une intervention opératoire impriment au pronostic pour la mère et pour l'enfant un caractère de gravité qui contraste avec la bénignité habituelle des présentations franches (OSTER).

a) *Pronostic maternel.*

Le pronostic maternel est assez sérieux, mais moins que le pronostic fœtal.

Les lésions du périnée sont très fréquentes (1 fois sur 6, HECKER).

La longue durée de l'accouchement, les examens réitérés l'exposent à des accidents septiques.

Les ruptures de l'utérus sont assez fréquentes (HEINRICIUS : 5 cas) ainsi que les fistules vésico-vaginales.

Le nombre des accouchements artificiels est assez élevé :

Stiglbauer relève 38,5 % d'accouchements spontanés et 61,5 % d'accouchements artificiels.

Maret, 41 % d'interventions.

Mangiagalli, 50 % d'interventions.

Mme Lachapelle, 58 % d'interventions.

Heinricius, 75 % d'interventions.

D'après ce dernier auteur, le tiers des femmes ont des suites de couches pathologiques, et sur ce nombre la moitié succombent.

Maret note 25,5 % de mortalité maternelle.

Oster	11,11 %	—	—
-------	---------	---	---

Heinricius	16 %	—	—
------------	------	---	---

Jeannin	14 %	—	—
---------	------	---	---

Le Lorier	15 %	—	—
-----------	------	---	---

Bassin	6 %	—	—
--------	-----	---	---

Chevalier	3 %	—	—
-----------	-----	---	---

Wallich	16 %	—	—
---------	------	---	---

Nous avons noté 7,6 % de mortalité maternelle.

Toutefois, la notion de pouvoir, à un moment donné, ouvrir efficacement le bassin, permet à l'heure actuelle de diminuer les dangers de mort maternelle. Wallich mettant en parallèle les cas non traités par la symphy-

siotomie et ceux qui le furent, arrive à une mortalité de 0%.

Nous sommes arrivées au même résultat.

b) *Pronostic fœtal.*

La mortalité de l'enfant est de beaucoup plus élevée. La mort s'explique par la compression crânio-cérébrale intense, par hémorragie méningée par procidence du cordon, ainsi que par les interventions nécessaires, afin de terminer l'accouchement.

Statistiques.

M^{me} Lachapelle constate 16,5 % de mortalité infantile.

Mangialli	18,5	%	—	—
Châtillon	28	%	—	—
Belluzzi	20	%	—	—
Heinricius	36	%	—	—
Stiglbauer	42	%	—	—
Lang	23,3	%	—	—
Hecker	25	%	—	—
Markoë	39	%	—	—
Winckel	60	%	—	—
Oster	66,5	%	—	—
Bassin	33,3	%	—	—
Wallich	58	%	—	—
Jeannin	33	%	—	—

Les statistiques sont donc assez discordantes.

Wallich, sur 7 cas traités par *symphysiotomie* a enregistré un pourcentage de 28,5 %.

Il est évident que les viciations pelviennes jouent un rôle important dans le pronostic.

Aperçu général de nos cas.

Nous avons pu réunir 39 cas de présentation du front : 34 à la clinique Tarnier et 5 à la clinique St-Louis, entre les années 1922 et 1933, sur un ensemble de 27.819 accouchements (pour Tarnier).

Les résultats globaux donnent une mortalité maternelle de 7,6 % et une mortalité fœtale de 10 %.

Nous notons :

9 accouchements spontanés, soit	23,5 %
10 applications de forceps, soit....	25 %
6 versions podaliques, soit.....	15 %
2 pubiotomies, soit	5,3 %
8 symphysiotomies, soit	20,6 %
2 opérations césariennes, soit....	5,3 %
0 basiotipsie, soit	0 %
2 crânioclasies, soit	5,3 %

Au point de vue de la *parité*, on relève 54 multipares, 46 primipares; le *rétrécissement du bassin* fut constaté 5 fois; 1 fois le placenta était inséré sur le *segment inférieur*; 2 fois, *jumeaux*; 3 *procidences*.

Quant au volume :-

2 enfants pèsent moins de 2.500 grs. ; 20 enfants pèsent entre 2.500 grs et 3.250 grs. Les autres au-dessus de 3.250 grs.

3 *hydramnios*.

4 *déchirures du périnée*.

CHAPITRE VIII

INDICATIONS THERAPEUTIQUES

CONDUITE A TENIR

Clinique Tarnier

Tant que la tête n'est pas engagée, et que les membranes ne sont pas rompues, il n'y a qu'à attendre; car il est impossible de distinguer s'il s'agit d'une présentation définitive ou temporaire. Souvent avec un peu de patience, on voit la déflexion s'accroître et donner une présentation de la face; ou bien la flexion se fait, pour donner lieu finalement à une présentation du sommet. D'autre part, lorsqu'on a affaire à un bassin plus ou moins rétréci, il s'agit là d'une attitude d'engagement normale qui se corrigera spontanément à la descente de la tête.

Il faut donc, pendant toute cette période, savoir attendre et avoir soin de respecter la poche des eaux.

Lorsque les membranes sont rompues et que la dilatation est complète, différents auteurs conseillent une intervention transformant la présentation du front en présentation du sommet (BAUDELOQUE, THORN,

PINARD) ou en présentation de la face (LACHAPELLE, GARDIEN, cas de OUI).

Si ces manœuvres restent impuissantes on aura recours à la version.

Mais, en règle générale : lorsque dans les présentations du front la tête n'est pas engagée, on doit, lorsque le toucher n'a pas montré un rétrécissement accusé du bassin et lorsque la tête est assez petite, s'abstenir au début du travail de toute intervention pour que la femme puisse bénéficier d'un accouchement spontané.

Lorsque la tête est engagée il faut s'armer de patience. Si aucun danger ne menace la vie de la mère et de l'enfant il faut s'abstenir et attendre un accouchement spontané.

Si un incident maternel ou fœtal survient, compromettant l'existence de l'une ou de l'autre, il faut recourir à une intervention que nous énumérerons au cours de ce travail.

OBSERVATIONS

D'ACCOUCHEMENTS SPONTANÉS

1) (*Clinique Tarnier*). Mme P. O., 19 ans, primipare. Marche à 11 mois; règles à 13 ans. Rougeole à 8 ans.

Dernières règles du 6 au 9 mai.

L'examen, au huitième mois relève un bassin généralement rétréci; le promontoire est facilement accessible. Le 9 février, on note la rupture des membranes; le col est allongé; il n'y a pas de douleurs; la tête paraît se défléchir à droite.

Cinq heures après, la dilatation est de 1 fr.

Le 10 février, à 8 heures, la dilatation est complète, on constate un front en N. I. G. A. Une heure après, l'accouchement s'effectue spontanément; le dégagement se fait en M. P.

Fille *vivante*, de 2.700 gr.; délivrance naturelle; arrière-faix 420 gr.

Durée du travail : 15 h. 20.

Rupture des membranes : spontanée, prématurée.

*
**

2) (*Clinique Tarnier*). Mme V. H., 2^e pare, 30 ans, réglée à 15 ans.

Antécédents : typhoïde.

Dernières règles : le 30 mai.

A 7 mois : position transversale, tête à gauche.

Le 6 mars, à 7 h. 30 : procidence d'une main et présentation du front, dilatation de 1 fr.; membranes intactes. A 9 h. 30 : déflexion qui semble se faire plus complètement, dilatation de 2 fr. A 12 h. 15 : rupture des membranes, l'écoulement d'un liquide normal ; dilatation : petite paume. A 15 h. 30 : dégagement de la face en M. P.

Naissance d'un garçon *vivant* de 3.800, à 16 h.

Durée du travail : 16 h.

Délivrance naturelle complète.

Rupture des membranes : spontanée et tempestive.

*
**

3) (*Clinique Tarnier*). Mme H. G., 11 pare, 26 ans, réglée à 13 ans.

Dernières règles du 23 au 28 juillet.

L'examen démontre, le 15 avril, une tête mobile, un bassin normal et un excès de liquide.

Le 16 avril, la tête est au détroit supérieur, défléchie. Présentation du front. Membranes rompues à 8 heures. A 12 h. la dilatation est plus grande qu'une pièce de 5 fr. à 12 h. : la dilatation est complète.

A 13 h., accouchement par le front d'un garçon *vivant* de 4.350 gr.

Déchirure du périnée. La déflexion se fait autour de la base du nez.

Durée du travail : 15 heures.

Délivrance naturelle complète.

*
**

4) (*Clinique Tarnier*). Mme J. M., 21 ans, primipare, marche à 12 mois, réglée à 14 ans.

Antécédents : typhoïde à 17 ans.

Dernières règles : fin décembre.

A 8 mois elle présente un gros œdème des membres inférieurs.

Début du travail : le 8 septembre, à 22 h.

Le 9 septembre, à 10 h., la dilatation est de 2 fr.

Il s'agit d'une grossesse gémellaire bivitelline, le premier enfant est en S. I. D. P., le second en N. I. G. A. La dilatation complète se fait vers 12 h. 30.

Premier enfant : extraction du siège complet en S. I. D. P., garçon *vivant* pesant 2.200 gr.

Second enfant : accouchement spontané du front, dégagement en O. S. Délivre de 860 gr.

Durée du travail : 14 h. 30.

Rupture des membranes. — Première poche : prématurée; seconde poche : tempestive.

**

5) (*Clinique Tarnier*). Mme P. M., 26 ans, primipare. Réglée à 13 ans. Dernières règles du 9 au 13 octobre. Début du travail le 20 mai. Bruit du cœur bon à gauche. Dilatation d'une paume à 16 h. Rupture des membranes à 19 h. 21 mai, 21 h., entre dans la salle de travail avec une présentation du front; dos à droite. 24 h., dilatation complète. 22 mai, 0 h. 50, accouchement par extraction simple. Fille *vivante* de 2.790 gr. Délivrance normale; durée du travail : 19 h. 50. Rupture des membranes : prématurée.

6) (*Clinique Tarnier*). Mme P. O., 24 ans, 2 pare. Dernières règles le 25 octobre. Présentation du front en N. I. D. P. avec dégagement en O. P. Garçon de 4.300 grs en état de *mort apparente*; ranimé au bout de trente minutes. Délivrance naturelle et complète de 700 gr. L'enfant présente une raideur de la nuque et la contracture des membres inférieurs. La ponction lombaire ne ramène pas de sang.

*
**

7) (*Clinique Tarnier*). Mme H. E., 31 ans, 9 pare. Régée à 15 ans. Antécédents : rougeole et varicèle, 8 grossesses normales. Dernières règles le 1^{er} août. Le 26 mars (à 8 mois) albumine dans les urines. Le 16 avril, utérus très volumineux. Procidence d'une main et du bras. Dilatation grande paume. A 19 h. 45, rupture artificielle de la poche des eaux. Version pour procidence. Extraction d'une fille *vivante* de 3.130 grs. A 1 h., rupture artificielle de la deuxième poche des eaux. Accouchement naturel du deuxième jumeau. A 20 h. 30, garçon de 3.220 gr.

Délivrance naturelle et complète.

Début du travail à 17 heures. Dilatation complète à 20 heures. Durée du travail : 3 h. 30.

*
**

8) (*Clinique Tarnier*). Mme B. M., 20 ans, primipare, marche à 17 mois. Régée à 15 ans.

Dernières règles vers le 14 septembre. Bassin normal.

Début du travail : 1^{er} juillet, à 20 h.; le 2 juillet, à 3 h. 30, la dilatation est de 2 fr.

Rupture des membranes précoce. La dilatation complète se fait vers 7 h. 30; on constate une modification des bruits du cœur.

On a recours à l'épisiotomie. Expulsion du fœtus à 8 h. Les globes oculaires et le nez apparaissent les premiers. Petite fille *vivante* de 2,600 gr.

Délivrance naturelle complète de 500 gr.

Durée du travail : 12 heures ; rupture des membranes précoce.

*
**

9) (*Clinique Tarnier*). Mme C. M., 36 ans, 2 pare. Marche à 12 mois. Antécédents : typhoïde et rougeole.

Dernières règles du 10 au 16 mai.

Début du travail le 14 février, à 21 h. Durée de la dilatation : 6 h. Présentation du front. Rupture des membranes spontanée et tempestive à 3 h. 20. Dilatation complète à 3 h. 30, le 15 février. Bruit du cœur non perçu. A 4 h., front fixé derrière la symphyse en D. A. Volumineuse bosse sanguine. Liquide amniotique, couleur chocolat. A 6 h., expulsion très laborieuse d'une tête en présentation frontale. Episiotomie gauche. Tentative infructueuse d'extraction des épaules. 10 h., extraction d'un fœtus *mort* et macéré, de 4.350 grs. Délivrance naturelle. Durée du travail : 12 heures.

LA VERSION PODALIQUE

En présence d'un enfant volumineux et après avoir essayé vainement la flexion ou l'extension de la tête ou lorsqu'on veut terminer rapidement, le mieux est d'avoir recours à la version.

Conditions nécessaires : Le col doit être complètement dilaté. Il ne faut pas que l'utérus soit rétracté, la tête ne doit pas encore être engagée, le bassin ne doit pas être trop rétréci.

OBSERVATIONS

1) (*Clinique Tarnier*). Mme S. O., 30 ans, 5^e pare, réglée à 14 ans. Antécédents : typhoïde, diphtérie, rougeole et broncho-pneumonie: trois fausses couches. B.-W. positif. Dernières règles 24 mai. Début du travail à 3 heures. A 4 h. : col effacé, dilatation de 2 fr., membranes intactes. A 9 h., dilatation complète, présentation du front, rupture des membranes. Proci-dence du cordon. A 9 h. 25, version par manœuvres internes. Garçon vivant de 3.590 gr. Délivrance artificielle. Placenta de 690 gr.

2) (*Clinique Tarnier*). Mme M. F., 25 ans, 2^e pare. Dernières règles le 15 avril.

Examen : bassin plat et présentation du front. Version par manœuvres internes. Fille *vivante* de 3.870 gr. Délivrance naturelle et complète. Déchirure du périnée.

*
**

3) (*Clinique Tarnier*). Mme F. M., 35 ans, primipare. Règlée à 12 ans. Dernières règles : du 26 février au 1^{er} mars.

Bassin rétréci, petit fibrôme au niveau du col.

Début du travail : à 0 h. 40. A 7 h. 10, dilatation de 50 c.; à 12 h. 45 : petite paume. A 21 h., on constate, au toucher, la fontanelle antérieure et la base du nez ; présentation du front.

A 22 h., version par manœuvres internes. Extraction d'une fille en état d'*asphyxie blanche*, ranimée après 40 minutes de soins. Déchirure du périnée. Délivrance naturelle et complète.

*
**

4) (*Clinique Tarnier*). Mme P. J., 34 ans, 8 pare. Règles à 17 ans, 4 fausses couches. Dernières règles du 18 au 20 mars. Bassin normal.

Présentation du front en M. I. G. A.

Début du travail : le 9 décembre, à 22 h. Entre dans la salle de travail le 10 décembre, à 13 h. Dilatation d'entrée : 2 fr. La dilatation complète ne se fait que vers 22 h. 30. Rupture des membranes : liquide amniotique teinté, purée de pois. On décide alors une

version. La tête est refoulée facilement, saisie du pied gauche. Extraction d'un garçon *vivant* de 3.080 gr. Hémorragie assez abondante, nécessitant une délivrance artificielle. Révision intra-utérine montrant un utérus intact. L'enfant présente, à la suite une paralysie radiculaire et une fontanelle glabellaire.

**

5) (*Clinique Tarnier*). Mme T. M., 30 ans, 2 pare. Règles à 13 ans. Dernières règles du 25 au 30 janvier. Début du travail : le 5 novembre, à 4 heures.

Le 5 novembre : présentation du front, bruits du cœur bons, membranes intactes. A 12 h., on note une tendance de la tête à se défléchir. Dilatation, petite paume, membranes toujours intactes. A 19 h., la dilatation est complète. Version podalique à 21 heures. Mère décédée le 7 décembre. Garçon *vivant* de 3.120, arrière-faix 450 grs.

**

6) (*Clinique Tarnier*). Mme P. L., 18 ans, primiparc. Règles à 13 ans. Antécédents : coqueluche, diphtérie, appendicectomie à 12 ans.

Bassin généralement rétréci, promontoire accessible. Dernières règles du 28 mars au 13 avril.

Le 22 novembre on constate un léger hydramnios.

17 janvier : tête ayant tendance à filer dans la fosse iliaque droite. Rupture de la poche des eaux, dilatation de 50 centimes. Le même jour, à 18 h. 30 : la tête

est fixée au détroit supérieur, ne débordant pas la symphyse. A 20 h. 30 : présentation de la face en M. I. G. T., dilatation de 2 fr.

Le 19 janvier, la dilatation est de 5 fr.; on constate une présentation du front non engagée. A 17 h., dilatation de petite paume, tête non descendue. Rachianesthésie. Dilatation manuelle du col. L'abaissement du pied est assez pénible; on arrive bien à saisir le pied et le ramener à la vulve, mais le fœtus se replie sans tourner, malgré tous les efforts pour faire tourner la tête. On arrive enfin à glisser un lac sur le pied abaissé et pendant que l'aide tire sur le lac, l'opérateur arrive à repousser la tête par manœuvres intra-utérines. Au cours de la version, l'opérateur a perçu de nombreux mouvements de respiration prématurée du fœtus. L'extraction est faite lentement et sans difficulté. L'enfant est *mort*, malgré toutes les tentatives (adrénaline intracardiaque). Délivrance spontanée et complète.

Mère décédée le 10 février.

APPLICATION DE FORCEPS

Lorsque la tête est au détroit supérieur, l'application de forceps, pénible et difficile, est très dangereuse pour l'enfant. Il se peut que la tête, étant dans l'excavation, on soit contraint de hâter l'accouchement ; on sera alors obligé de faire une application de forceps. Mais lorsque la tête est enclavée et que les tractions douces n'auront pas pu triompher de la résistance, mieux vaut adopter une autre ligne de conduite.

La tête à la vulve, c'est au forceps qu'on aura recours assez souvent. Il est inutile d'affirmer que cette opération est essentiellement couronnée de succès.

OBSERVATIONS

1) (*Clinique Tarnier*). Mme B. M., 18 ans, primipare, réglée à 10 ans.

Dernières règles du 25 au 28 mai.

Début du travail à 14 heures. Entrée dans la salle de travail à 17 heures. Dilatation complète à 22 h. 15.

Application de forceps sur présentation du front en N. I. G. A. Pas de déchirure du périnée.

Garçon *vivant* de 2.490 grs. Arrière-faix, 480 grs.

2) (*Clinique Tarnier*). Mme M. G., 25 ans, primipare.
Dernières règles du 21 au 24 mars.

Rupture de la poche des eaux le 27 janvier, à 12 h.

A 14 h. 30, tête bien appliquée au détroit supérieur, mais mal fléchie. On sent les deux fontanelles. Les bruits du cœur paraissent un peu lents. Application de forceps à 16 h. 45. Il s'agit d'une fronto-transverse. Extraction d'une fille *vivante* de 3.110 grs. Placenta découronné de 620 grs.

Hémorragie et état de shock post-partum. Tamponnement vaginal, etc.

Bon état le 11 février.

3) (*Clinique Tarnier*). Mme J. P., 28 ans, primipare.
Régulée à 13 ans.

Antécédents : rougeole, oreillons, tremblement nerveux depuis 11 ans.

Dernières règles du 25 au 31 janvier.

Le 16-9 on note des traces d'albumine.

Début du travail le 5-11, à 10 heures.

A 4 heures, dilatation 1 franc.

Dilatation à l'entrée (6 h.) de 2 frs. Membranes intactes. Rupture des membranes artificielle et tempes-
tive. Liquide amniotique teinté de méconium.

7 h. 45, dilatation 5 frs.

Application de forceps sur N. P.

Extraction d'un garçon *vivant* de 2.770 grs. Délivrance spontanée à 20 h. 45. Placenta marginé de 540 grs.

Durée du travail : 10 heures.

Déchirure du périnée.

4) (*Clinique Tarnier*). Mme D. A., 22 ans, primipare.
Réglée à 13 ans. Maladie : rétrécissement mitral.

Dernières règles le 8 février. Bassin normal.

Début du travail à 20 heures, le 21 novembre.

Entrée dans la salle le 22 novembre, à 4 heures.

Dilatation à l'entrée : 5 francs.

Rupture des membranes, lors de la dilatation complète. Liquide normal.

Présentation de la face en D. S.

A 10 h. 10, tête très élevée et fléchie.

A 12 h. 20 on arrive sur la bouche.

A 21 h., on voit une bosse séro-sanguine sur le front.

M. I. G. P.

A 23 h. 50, injection de morphine.

23 novembre, à 2 h., rachi-anesthésie. Application de forceps en N. I. D. C. Dégagement facile en M. P.

Extraction d'un garçon *vivant* de 3.220 grs. Délivrance naturelle.

Par la suite, complications pulmonaires de la mère (embolie).

5) (*Clinique Tarnier*). Mme B. M., 30 ans, 2 pare.

Réglée à 16 ans.

Dernières règles du 7 au 14 août.

Début du travail le 21 mai, à 20 heures.

A la salle de travail, dilatation de 5 frs.

A 23 h. 30, front en N. I. G. A.

Dilatation complète à 24 heures.

Rupture des membranes artificielle.

Liquide normal. La tête ne s'engage pas. A 5 h., application de forceps. Rotation impossible. Dégagement en O. P.

Extraction d'une fille *vivante* de 3.440 grs. Délivrance naturelle. Arrière-faix de 800 grs.

Durée du travail : 32 heures.

*
**

6) (*Clinique Tarnier*). Mme V. R., 29 ans, 2 pare. Réglée à 14 ans.

Antécédents : diphtérie, rougeole, coqueluche. R. A. A. et rétrécissement mitral.

Dernières règles le 8 janvier.

Bassin un peu rétréci.

Début du travail à 2 h., le 19 octobre.

Entre dans la salle à 15 h. Dilatation de 5 frs.

A 16 h. 30, dilatation complète.

Période de dilatation : 14 h. 30.

Rupture des membranes spontanée et prématurée, le 19 octobre, à 1 heure.

Présentation du front en M. I. D. A.; on sent les arcades orbitaires et la base du nez. Application de forceps, dégagement en O. P.

Enfant *vivant* de 2.870 grs.

Délivrance naturelle de 580 grs.

7) (*Clinique Tarnier*). Mme L. M., 22 ans, primipare.
Dernières règles du 14 au 17 juillet.

Bassin rétréci.

Le 27 avril, à 21 heures, présentation du front; dos à droite. Le 28 avril, à 2 h., dilatation petite paume. A 6 h. 30, dilatation complète. A 7 h. 45, les bruits du cœur se ralentissent. A 8 h. on ne les entend plus. Forceps Tarnier à 8 h. 30 sur présentation du front qu'on amène aisément en face.

Enfant *mort* avec 2 circulaires du cou. Déchirure du périnée.

Délivrance complète et naturelle de 730 grs.

8) (*Clinique Tarnier*). Mme M. L., 23 ans, primipare.
Réglée à 14 ans.

Dernières règles du 10 au 15 mai.

Début du travail le 30-12, à 2 heures.

Entrée dans la salle à 3 h. 30. Dilatation à l'entrée de 5 frs. A 9 h. 30, dilatation complète. Durée du travail : 9 h. 30.

Rupture des membranes spontanée.

Application de forceps sur front à 11 h. 30. La tête descend légèrement mais l'occiput reste encore très haut. Comme la tête a tendance à se défléchir, on exagère encore cette déflexion par pression au niveau du maxillaire supérieur et l'on abaisse le menton. L'enfant mord le pubis de la mère. Réapplication de forceps.

Garçon *vivant* de 4.640 grs.

Arrière-faix : 660 grs.

9) (*Clinique Tarnier*). Mme G. A., 28 ans. Régée à 15 ans.

Début du travail le 29-3, à 17 heures.

Dilatation à l'entrée de 50 centimes. Contractions violentes. Membranes intactes. A 1 h. 15, grande paume.

Dilatation complète à 2 h. 30.

A 3 heures, tête dans l'excavation. Bruits du cœur ralentis. Malgré les contractions et efforts d'expulsion, la tête ne progresse pas. A 3 h. 15, application de forceps sur présentation du front en F. I. G. A.

Extraction d'une fille *vivante* de 3.730 grs.

Délivrance par expression. Episiotomie.

*
**

10) (*Clinique Tarnier*). Mme L. E., 26 ans, 3 pare. Régée à 10 ans.

Dernières règles du 13 au 16 janvier. Début du travail à 3 h. 30, le 20-10.

Dilatation d'une petite paume à l'entrée.

Dilatation complète à 7 h. 30. Grossesse gémellaire.

A 8 h. 45, efforts expulsifs violents. Au toucher on constate un fœtus en présentation du front.

A 9 h. 45, application de forceps sur front en droite transversale. Garçon *vivant* de 2.950 grs.

Accouchement spontané du deuxième jumeau, de 2.646 grs. Délivrance complète et naturelle. Arrière-faix : 940 grs.

CRANIOCLASIE ET BASIOTRIPSIE

Lorsque l'enfant est mort, il faut l'extraire le plus rapidement possible de la cavité utérine, car il n'est qu'un corps étranger susceptible de provoquer des accidents graves.

Deux opérations s'y prêtent :

La basiotripsie ;

La crânioclasie.

Dans la *Basiotripsie*, on perfore au niveau du front; on pratique ensuite une prise oblique, car il faut éviter la prise selon le diamètre occipito-mentonier.

La *Crânioclasie* est un procédé de choix. La perforation du crâne se fera soit au niveau de la glabelle, soit dans la cavité orbitaire, suivant que le crâne est synclitique ou asynclitique. La branche mâle sera ensuite dans l'orifice de perforation et la femelle sur la face.

OBSERVATIONS

1) (*Clinique Tarnier*). Mme D. G., 34 ans, III pare.
Premières règles à 12 ans.

Dernières règles du 15 au 18 août.

Pendant la grossesse, a présenté de l'albumine.

Début du travail le 3-4, à 9 heures.

Le 3-5, à 1 heure, transportée à la salle de travail.

Col œdématié admettant 2 doigts.

Rupture de la poche des eaux artificielle. Liquide amniotique fétide.

A 19 h. 30, tentative infructueuse d'application de forceps.

Le 5-5, à 4 h., plus de bruits du cœur.

A 5 h. 30, température à 40°.

A 10 h. 30, crânioclasie sur un enfant mort; présentation du front en M. I. G. A. Perforation au niveau de la racine du nez (rachi-anesthésie). Difficulté pour passer entre le crâne et le col utérin, la dilatation n'étant que d'une petite paume.

Extraction en M. P.

Délivrance artificielle.



2) (*Clinique Tarnier*). Mme S. L., IV pare, 37 ans.

Dernières règles 19 au 27 octobre.

Crânioclasie pour présentation du front sur un enfant mort.

Femme en travail depuis sept jours. Extraction d'un garçon pesant 3.600 grs. Délivrance (45' après), naturelle avec membranes incomplètes. Rétention de ca-
duque.

LA PUBIOTOMIE

La pubiotomie trouve ses défenseurs, même à l'heure actuelle.

Rossier et Le Lorier concluent au parallélisme des résultats donnés par la pubiotomie sous-cutanée et la symphysiotomie sous-cutanée (1925).

OBSERVATIONS

1) (*Clinique Tarnier*). 15 juillet 1923.

Mme K. M., III pare, 35 ans.

Pubiotomie pour présentation du front au détroit supérieur. Tête bloquée. Anesthésie lombaire. Incision oblique à droite. Passage de l'aiguille de Gigli et de la scie. Ecartement de deux travers de doigt. Application de forceps très facile. Dégagement en M. P., le col qui était un peu épais n'est pas complètement dilaté, mais il a complètement cédé. Il en est de même du périnée. Hémorragie modérée. Délivrance par expression. Garçon *vivant*, pesant 3.440 grs. Délivrance naturelle et complète pesant 680 grs.

2) (*Clinique Tarnier*). Mme R. M., 29 ans, II pare.

Réglée à 13 ans.

Dernières règles fin juillet.

24 mai, contractions toute la nuit qui ne dilatent le col que faiblement.

25 mai, 9 h. 30, membranes intactes. Dilatation petite paume. 11 heures, rupture artificielle de la poche des eaux, amenant très peu de liquide teinté, présentation du front. On décide une intervention (pubiotomie). Incision partant du bord supérieur du pubis à 1 cm. 1/2 à gauche de la ligne médiane et s'arrêtant à 2 cm. 1/2 au-dessus de la grande lèvre gauche.

Repérage du bord supérieur du pubis; introduction derrière le pubis du grand porte-fils courbe de Gigli. Sous la direction d'un doigt introduit dans le vagin l'aiguille ressort sous le bord inférieur du pubis. Un fils de soie est passé au moyen de l'aiguille, on y attache la soie de Gigli qui est derrière le pubis. Sciage du pubis. L'opération est un peu plus longue et plus pénible que normalement, l'os étant très dense. Dès que l'os est divisé la tête descend; on fait une prise de forceps comme pour une face. Prise fronto-mastoïdienne, rotation facile. Dégagement en M. P. la déflexion de la tête s'étant achevée, extraction d'une fille vivante de 3.600 grs. Suture de la plaie en deux plans. Catguts et crins. Drainage avec un drain au point déclive.

Délivrance naturelle et complète. Anesthésie au chloroforme.

Durée du travail : 7 h. 60.

Suites excellentes. Marche très bien.

LA SYMPHYSIOTOMIE

La première symphysiotomie a été faite en 1777 par SIGAULT, qui a mentionné sa thèse sur le même sujet en 1773.

Mais BAUDELOQUE et Mme LACHAPELLE condamnèrent la méthode et elle tomba en disgrâce.

FERRAZA apporta l'idée de Paris en Italie.

MORISANI la fait renaître entre 1810 et 1866.

SPINELLI de passage à Paris y réimporta la symphysiotomie et la fait connaître à Pinard qui avec VARNIER et FARABEUF l'étudie de près.

C'est en 1892 que PINARD proclame la « renaissance » de la symphysiotomie.

GRAVIER la conseille chaudement dans sa thèse 1892.

Après les cliniques de Naples et de Paris, les cliniques allemandes de Dresde (LÉOPOLD) et de Leipzig (ZWEIFEL) attachèrent un intérêt spécial à cette question.

Au congrès de Rome, 1894, MORISANI fournit une statistique comprenant 241 symphysiotomie avec une mortalité totale de 11,16 %.

VARNIER (Congrès de Moscou, 1897), affirme que la symphysiotomie doit être le mode de traitement de certaines présentations fœtales.

PINARD et WALLICH (1902) recommandent la symphysiotomie dans les présentations persistantes du front.

Sur 12 cas non traités par la symphysiotomie la mortalité maternelle est de 16 %, la mortalité fœtale de 58 %.

Dans 7 cas traités par la symphysiotomie, la mortalité maternelle est de 0, la mortalité fœtale de 28,5 % seulement.

En 1927, OSTRCIL (Brno) compare les résultats de la symphysiotomie sous-cutanée, de l'opération césarienne, de la perforation et note sur :

693 symphysiotomies 2,16 % de mortalité maternelle
et 7,37 % de mortalité fœtale.

En 1924, PALACIUS COSTA déclare qu'en Argentine, l'opération césarienne pour dystocie a été remplacée par la symphysiotomie.

ROSSIER conclue, en 1925, que la symphysiotomie est indiquée dans les présentations persistantes du front et les présentations du front enclavé.

PEYTAVIN (1931) fait une étude critique sur 43 cas de symphysiotomies et conclue que les résultats de cette intervention sont très satisfaisants.

ANATOMIE DE LA REGION PUBIENNE

Pour exposer l'opération de la symphysiotomie nous croyons utile de rappeler brièvement l'anatomie de la région pubienne.

Deux surfaces oblongues (3 cm. de haut et 1 à 1 cm. 1/2 de large), obliques en bas et en arrière forment les *surfaces articulaires*. Les surfaces osseuses, recouvertes de cartilage, se rapprochent vers le bassin et s'écartent en bas et en avant. Une crête osseuse à la limite de l'os forme une gouttière où se trouvent les corps caverneux du clitoris.

Le bloc cartilagineux interpubien et le manchon péri-osseux représentent *les moyens d'union*. Le manchon péri-osseux est mince en arrière du bassin, tandis qu'en bas il est épais et forme le ligament arqué sous-pubien. Ce n'est qu'après une section complète de ce ligament que l'on peut faire l'écartement large des pubis. Le manchon péri-osseux est en avant et en haut renforcé des fibres transversales des muscles fémoraux, des fibres longitudinales des grands droits et des pyramidaux, et des fibres obliques des obliques de l'abdomen. Lors de l'incision du fibro-cartilage cette élasticité permet au pubis de s'écarter de 4 à 5 centimètres.

La symphyse est en *rapport* en avant avec les corps caverneux du clitoris. On trouve entre les deux releveurs un espace fermé par l'aponévrose moyenne du périnée. Entre le ligament arqué sous-pubien et le ligament transverse situé derrière le premier, il y a un orifice où passe la veine dorsale, tandis qu'en arrière du ligament transverse passe l'urètre. Au niveau de l'hymen on trouve l'aponévrose moyenne et c'est au-dessous de cette aponévrose que sont fixées les racines ou corps caverneux du clitoris. Ces racines allant au-devant l'une de l'autre s'unissent pour former le corps du clitoris, coudé vers le bas à une hauteur variable. En contact avec la gouttière de la face antérieure de la symphyse, les organes clitoridiens n'y adhèrent que par un ligament sans solidité. Quand ce ligament est détruit on peut abaisser le clitoris. Alors les fibres ligamenteuses et l'arcuatum sont à nu et on découvre une espèce de bourse séreuse. On peut accéder au bord inférieur de la symphyse sans danger, car la grosse veine dorsale s'abaisse avec les corps caverneux.

Quant aux rapports postérieurs, ils se font avec la vessie, séparée de la symphyse par un espace prévésical. Une toile fibro-celluleuse maintient les vaisseaux de la région appliqués à la vessie.

Entre les grands droits dont les tendons adhèrent au devant des pubis, et l'adminiculum qui s'insère au bord supérieur de l'articulation, se loge le pôle supérieur de la symphyse.

Nous allons étudier maintenant un point important : la vascularisation de la symphyse.

Les artères qui remplissent ce but viennent de trois sources : honteuse interne ; obturatrice et épigastrique.

Les branches qui viennent des honteuses internes sont ascendantes. Ce sont d'avant en arrière :

- les prépubiennes,
- les rétro-symphysaires,
- les graisseuses,
- les vésicales antérieures.

La branche qui vient de l'obturatrice est horizontale, c'est l'artère rétro-pubienne.

La branche qui vient de l'épigastrique, d'abord descendante, puis horizontale, est l'artère sus-pubienne.

Il y a donc deux étages d'anastomoses entre les trois artères principales, mais ces anastomoses se font à peu près exclusivement sur les côtés de la symphyse hors de la zone d'incision. Les veines suivent une disposition sensiblement analogue, et se drainent par deux courants principaux : le plexus de Santorini en bas, l'épigastrique et l'obturatrice en haut.

On voit donc que l'opérateur ne rencontre pas de branche artérielle importante. Si une hémorragie notable se produit elle est d'origine veineuse et ce sera le plus souvent après l'extraction du fœtus.

La technique de la Symphysiotomie.

A) La technique de FARABEUF, à ciel ouvert.

On faisait une incision de 8 cms dépassant également en haut et en bas les limites de la symphyse pubienne, et on coupait les ligaments et le fibro-cartilage, après avoir eu soin de glisser derrière la symphyse, en passant au-dessous de l'arcuatum, dans le canal rétro-pubien, la sonde protectrice de Farabeuf, qui devait protéger la vessie en arrière, l'urètre et le clitoris en bas.

B) Dans la symphysiotomie sous-cutanée, préconisée par FRANK et améliorée par ZARATE, on ponctionne seulement la peau, l'incision cutanée n'étant pas plus large que la lance du bistouri; et en se servant de ce point d'entrée comme centre d'oscillation, on fait sectionner par la pointe coupante les ligaments et le cartilage au moyen d'une élévation progressive du manche du bistouri. Les avantages sont : l'incision est toute petite, donc le foyer opératoire est peu exposé à l'infection.

Il existe un autre procédé : le procédé de ZWEIFEL. Il présente des inconvénients qui sont les suivants :

Le diastasis trop considérable et trop brutal expose à des déchirures importantes des organes voisins et à des lésions des articulations sacro-iliaques. De plus, l'opération laisse deux petites plaies susceptibles de suppurer au lieu d'une. Enfin et surtout, on traumatise la cavité de Retzius, région particulièrement sensible à l'infection.

Un autre procédé, le procédé de KEHRER présente comme avantage :

L'écartement lent et progressif. Mais ses inconvénients sont les suivants : il est difficile de savoir quelle épaisseur de cartilage on coupe et si dans la profondeur on sectionne bien les ligaments pubo-vésicaux. Il faut introduire dans la plaie deux bistouris différents.

Les inconvénients du procédé de FRANK sont les suivants :

L'hémorragie et un trop grand écartement.

Quant au procédé de ZARATE ses avantages sont nombreux :

On peut obtenir un diastosis lent et progressif et n'atteignant jamais un degré exagéré. On peut graduer, en quelque sorte, l'écartement et le proportionner au degré de la dystocie osseuse, jusqu'à la concurrence, cependant d'une certaine limite, qu'il ne faut jamais dépasser.

D'autres avantages sont : la simplicité de l'instrumentation (un seul bistouri), et la rapidité de l'opération, ainsi que la précision de la technique.

Marche de l'opération.

Les cuisses de la femme, placée en position obstétricale, sont maintenues en abduction forcée. L'urètre est refoulé en dehors par deux doigts placés dans le vagin. A un demi-centimètre au-dessous du bord supérieur de la symphyse on enfonce, perpendiculairement à la peau, la lame d'un bistouri. La section pu-

bienne se fait par de petits mouvements de va et vient de l'instrument. Le pubis finissant par s'écarter et l'on arrête l'abduction des cuisses, lorsque deux doigts (3 cm. 1/2) placés dans le vagin, peuvent s'engager dans la fente interpubienne.

On retire le bistouri, on comprime la boutonnière cutanée pendant quelques minutes pour tarir le suintement, d'ailleurs toujours minime (20 à 50 gr.). Il est avantageux de pratiquer, aussitôt après l'opération, une injection d'hypophyse, pour renforcer les contractions de l'utérus souvent fatigué.

D'habitude, l'accouchement se termine spontanément et la tête descend en position oblique, la rotation interne ne se produisant pas. Dans certains cas, il faut employer le forceps, mais il faut l'éviter le plus possible, car on risque alors de déchirer le ligament de Henlé qui se trouve abaissé. Si l'on est contraint d'en arriver là, il faut, dès que la tête est descendue, rapprocher les cuisses de la femme et surtout laisser exécuter à la tête spontanément sa rotation, sans jamais la provoquer avec le forceps.

La prise doit être oblique.

Cette opération ne comporte en plus aucun délabrement anatomique. Il y a lieu d'insister sur la facilité de l'acte opératoire, avec danger minime, étant donné que la cavité péritonéale n'est pas intéressée.

Les chances d'infection sont réduites au minimum.

La guérison est rapide.

Les lésions viscérales ne doivent pas être observées dans cette opération correctement exécutée.

Il n'y a lieu de redouter aucune hémorragie grave. Bien plus, le bassin subit une ampliation permanente qui peut le rendre eutocique pour un accouchement ultérieur.

Cette intervention, décidée à temps, évite la souffrance du fœtus, empêche la tête de se déformer dans la filière pelvienne. Elle est infiniment moins traumatisante pour lui qu'une banale application de forceps, à plus forte raison qu'une application de forceps au détroit supérieur.

Les suites opératoires sont simples : La femme garde le repos absolu, les jambes étendues, les cuisses jointes sans aucune compression du bassin. On peut permettre de légers mouvements au bout de quatre jours, à conditions qu'ils ne soient pas douloureux; le lever le 12^e jour et la marche le 14^e jour.

L'état, à la sortie, de toutes nos femmes, est tout ce qu'il y a de satisfaisant.

Nous n'avons *jamais* observé de troubles, comme : *la démarche en canard et l'incontinence d'urine.*

Les conditions de la symphysiotomie (indications)

La symphysiotomie réclame des conditions très strictes :

1) Disproportion *modérée* entre la tête et le bassin. Viciation pelvienne *peu accentuée.*

La symphysiotomie, effectuée correctement, ne permet pas un écartement pubien dépassant 3 à 4 cm.

Ceci explique la rareté des troubles de la marche et de la statique.

Le diamètre promonto-sous-pubien doit, en règle générale, dépasser 10 cm. Les bassins canaliculés et les bassins asymétriques sont contre-indiqués.

Un autre critérium doit guider l'intervention : c'est le rapport foeto-pelvien, apprécié par le palper mensurateur, lorsque les membranes sont rompues. Seuls les cas où la tête déborde *légèrement* le plan du pubis, sont justiciables de la symphysiotomie.

2) *Etat des parties molles.*

La dilatation doit être aussi avancée que possible. Après l'écartement du pubis, la dilatation se complète d'ailleurs rapidement. Mais on peut, à la rigueur, intervenir à dilatation incomplète, sans observer d'échecs (Desnoyers).

3) La *parité* importe peu dans les indications de la symphysiotomie.

4) *Infection amniotique.*

La symphysiotomie peut être pratiquée chez des femmes fébriles. Desnoyers pense que la symphysiotomie doit trouver, dans les conditions d'infection légère, une indication toute particulière et peut être envisagée comme opération d'élection, étant donné que les opérations abdominales font courir impunément plus de risques.

Le pronostic de la symphysiotomie.

Les opérations ont presque toujours été pratiquées chez des femmes en travail et en puissance d'infec-

tion, et cependant les cas de mort sont assez rares.

BAR donne en 1900 une mortalité maternelle de 7,5 %.

	Mortalité maternelle	Mortalité fœtale
Mórisani	11,6 %	12 %
Rapin	11,5 %	23 %
Vallich	0 %	28,5 %
Ostreil (BRNO).....	2,16 %	7,37 %
Frank	2,85 %	10 %
Rubinroth.....	8,8 %	10 %
Sachs.....		
Pinard.....		
Zarate.....	5 %	2 %
Le Lorier.....	10 %	11 %
Desnoyers	0 %	5 %

Menge, réunissant un nombre important de statistiques allemandes trouve une mortalité maternelle de 2,48 % et une mortalité fœtale de 10 %. Sa statistique personnelle est de 0 % pour les mères et 6,7 % pour les enfants.

M. Brindeau sur 9 cas ne constate point de mortalité féminine.

La mortalité opératoire est de beaucoup plus faible dans les symphysiotomies sous-cutanées que celles pratiquées à ciel ouvert.

OBSERVATIONS

1) (*Saint-Louis*). Mme R. Y., II pare, 32 ans.

Antécédents : opérée de l'appendicite et d'une sal-

pingite il y a six ans. Dernières règles fin mars. Urines normales.

A la salle de travail le 30-12, à 7 heures. Bassin généralement rétréci. Tête en bas mobile. Dilatation petite paume. Membranes rompues; le toucher rendu difficile par une bosse séro-sanguine, il semble cependant que la fontanelle antérieure se trouve au centre de l'excavation. Contractions faibles et rares. Enfant vivant.

A 10 h. 30, diagnostic présentation front.

La femme a des douleurs d'expulsion et la tête ne progresse pas.

Examen de M. CATHALA. Front. — On sent la fontanelle antérieure presque au centre de l'excavation, mais il est impossible de reconnaître quelle est la suture sagittale parmi les sutures qui partent de la fontanelle. Il semble cependant qu'il se trouve en arrière, remontant vers le promontoire. On est gêné pour l'examen, car la tête est coincée dans l'excavation. Il est impossible d'atteindre une oreille. On décide d'intervenir sous chloroforme. Applications de forceps (une branche à droite, une branche à gauche directe). Traction. La tête ne descend pas. Pour éviter des lésions fœtales M. Cathala fait une symphysiotomie à la Zarate. Ecartement de 3 cms. Le forceps enlevé est de nouveau introduit. Traction qui descend la tête lentement sur le périnée. Episiotomie. On extrait la tête lentement avec grande douceur, après avoir fait rapprocher les genoux. La tête sort. On s'aperçoit qu'elle était prise sur un diamètre occipito-frontal.

Suture du périnée et la petite place sus-pubienne. Délivrance 520 grs. Liquide amniotique normal. Enfant 3.300 gr.

*
**

2) (*Clinique Tarnier*). Mme L. G., I pare, 26 ans. Dernières règles, 12-14 janvier.

Symphysiotomie à la Zarate pour présentation du front. Le front est au détroit supérieur fixé. Le doigt arrive sur le front, la racine du nez, sur les orbites et les narines. Bosse séro-sanguine importante. La dilatation est complète, sauf en avant, où la lèvre antérieure est bridée. Symphysiotomie à la Zarate très simple; l'arquatum est sectionné et on passe facilement le travers de l'index par le vagin et le pousse en avant. La tête descend immédiatement. Parties molles assez intactes. Hypophyse. La femme se réveille (chlorure d'éthyle) mais pousse mal. Au bout de 10' on se décide à appliquer le Forceps Tarnier sur une tête engagée en N.I.G.A. La tête tourne, mais pour le passage de la partie postérieure le périnée est tellement distendu qu'on pratique une large épisiotomie latérale. L'enfant respire très mal. Tête déformée, en forme de coin. Le maxillaire inférieur ayant été fortement incliné sur le cou. On essaye de désobturer les voix aériennes, mais le larynx est très difficile, parce qu'il a été fortement dévié à cause de la position de la mâchoire. La courbure de l'os hyoïde a été complètement aplatie. L'enfant crie au bout de peu de temps. Voix

rauque, voilée, il gardera ce timbre de voix jusqu'au lendemain matin. Fille vivante, pensant 3.850 grs. Délivrance naturelle avec membranes déchirées. Arrière-faix : 600 grs.

*
**

3) (*Saint-Louis*). Mme L. H., 39 ans, I pare.

Entrée à 10 heures avec dilatation à 5 frs en présentation du front et membranes rompues depuis le 19 juillet. A l'examen on trouve une dilatation d'un peu plus de 5 frs. Tête à la partie haute de l'excavation en M. I. D. T. Enfant vivant.

Pour éviter l'enclavement on se décide à faire une symphysiotomie (11 h. 45, 26 juillet).

Symphysiotomie à la Zarate. Ponction au bistouri à l'union du tiers supérieur et du tiers moyen. Ecartement de 3 cms. Une sonde mise dans la vessie et l'urine s'écoule claire.

17 h. : la malade se lève et fait quelques pas sans aucune gêne.

21 heures : l'accouchement se fait naturellement, avec face en M. I. G. A. et dégagement en M. P.

Garçon né étonné, mais facilement ranimé. Il pèse 2.570 grs. La délivrance est naturelle et pèse 500 grs.

3 août : aucune douleur au niveau de la symphyse ni en avant ni en arrière. Col légèrement dévié sur le côté.

Diamètre promonto-sous-pubien : 10,6.

4) (*Saint-Louis*). Mme M. J., 36 ans, 5 pare. Régée à 12 ans. Dernières règles du 25 au 29 novembre.

Entre avec membres rompus ; liquide fortement teinté. Bruits du cœur sourds. Tête en dessus du détroit supérieur. Col perméable non effacé.

17 heures : aucune modification malgré de très bonnes douleurs.

Symphysiotomie. Anesthésie locale et à 5 h. 30 on fait une injection d'hypophyse. Enfant vivant.

Délivrance naturelle et complète (600 grs). Membranes déchirées.

19 octobre : léger œdème jambe droite.



5) (*Saint-Louis*). Mme H. L., 39 ans, IV pare. Dernières règles 20 au 25 novembre.

Début du travail à 23 h., le 8 septembre.

Entrée dans la salle le 9 septembre, à 1 h. Excès de liquide. Tête mobile. Rupture des membranes spontanée. Liquide normal. Position face.

9 septembre, 11 h. : Tête mobile élevée. Dilatation petite paume.

16 h. : Dilatation stationnaire. On rompt la poche des eaux, très saillante.

A 18 h., la tête est encore mobilisable; elle tend à descendre bien fléchie.

10 septembre, 1 h. : Tête moins mobilisable, mais se défléchit et l'on atteint facilement le front et la saillie du nez. Dilatation entre petite et grande paume.

On fait une piqûre de morphine, la femme présentant des signes de fatigue.

10 h. 1/2 : Présentation appuyant mal sur le col qui est œdédié. Dilatation petite paume malgré les contractions régulières depuis plusieurs heures. Promontoire 10,3. Front à la partie médiane, cependant on atteint la bouche sur le côté. Dilatation petite paume. 11 h. : symphysiotomie à la Zarate. Ecartement de 3 cm. Ergotine. Hypophyse. Au bout d'un moment : contractions. Un doigt dans la bouche défléchit la tête qui descend dans l'excavation; le col se dilate rapidement et la tête se dégage en mento pubienne. Aucune lésion des parties molles. Délivrance normale. Pas d'hémorragies. 27 septembre, se lève et marche sans aucune difficulté. L'écartement est d'un demi-centimètre. Fillette vivante de 2.950 grs. Placenta 550 grs.

**

6) (*Clinique Tarnier*). Mme M. M., 33 ans, II pare.

Réglée à 11 ans. Dernières règles le 14 juillet.

Examen : utérus ovoïde, promontoire accessible.

Le 16-2 vient de faire une chute, déterminant une rupture prématurée des membranes. Le 17-2 début du travail à 0 h. 30. A la salle de travail, à 4 h., front tendant à s'engager. A 6 h. dilatation plus grande que 2 frs. La tête paraît se défléchir. A 9 h. les contractions sont très fortes. Dilatation de 5 frs. A 12 h. 30 dilatation complète. Au toucher on arrive sur le front, la racine du nez, la lèvre supérieure et le rebord alvéo-

laire. A 17 h. contractions violentes. L'enfant perd son méconium. Bruits du cœur mauvais. Symphysiotomie de Zarate. Après l'opération la tête descend immédiatement. Hypophyse. La femme pousse à ce moment et la tête se défléchit davantage. Le menton tourne en avant et la tête se dégage. Volumineuse bosse séro-sanguine sur le front.

Fille *vivante* de 2.650 grs. Délivrance artificielle.

*
**

7) (*Clinique Tarnier*). — Mme S. A. Réglée à 16 ans. III pare.

22 septembre, 7 h. 20 : sommet défléchi en N. I. G. A. On n'arrive pas sur la bouche. Les arcades orbitaires et le nez sont très bien sentis. Enfant vivant. Dilatation 5 frs. Membranes intactes. A 9 h. 15 : front qui s'enclave. Rupture des membranes. Au toucher, les membranes rompues, on se rend compte qu'il s'agit d'une N. I. G. A. La femme a de fortes contractions utérines et à chaque contraction on se rend compte que la tête se bloque de plus en plus dans l'excavation. Il semble qu'il n'y ait aucune tendance à ce que l'accouchement se termine normalement. On se décide à intervenir.

Symphysiotomie à la Zarate. Anesthésie au chloro. On refoule avec la main gauche l'urètre de la femme du côté droit. Ponction à 1/2 cm. derrière la symphyse. Celle-ci est assez haute, à une hauteur de 3 cm. 1/2-4 cm.

Section avec très grande facilité de la symphyse jusqu'à l'arquatum. Celui-ci une fois sectionné permet à l'abduction des jambes l'écartement des deux pubis. Au moment de l'incision, on entend le craquement caractéristique, signe que les dernières fibres de l'arquatum sont rompues. On ramène les jambes sur la ligne médiane. L'examen montre alors qu'à la sortie du bassin, le front s'est transformé en face. On laisse réveiller la femme. Hypophyse. Après quelques contractions utérines la tête tourne en M. P. et tombe sur le périnée. L'accouchement se termine spontanément.

Dégagement en M. P. Délivrance naturelle complète
680 gr.

Garçon vivant, 4.120 gr.

Sortie le 8 octobre. Etat bon.

*
**

8) (*Saint-Louis*). — Mme H. M., 24 ans, I pare. Réglée à 18 ans.

Dernières règles le 3 janvier.

Début du travail le 30 octobre, 17 heures. Entrée dans la salle de travail le 31 octobre, à 23 heures.

Dilatation à l'entrée de 50 centimes. Position en O. I. D. T.

Rupture des membranes précoce et spontanée à 8 heures. Liquide teinté de méconium.

Dilatation complète le 1-11 à 14 heures.

Symphysiotomie.

Durée du travail 19 h. 30.

Délivrance naturelle.

Fille *vivante*, pesant 2.600 gr.

Sortie le 18 novembre. Bon état de la mère et de l'enfant.

LA CÉSARIENNE BASSE

Couvelaire, dans la thèse de Bassin, est partisan de la césarienne. Elle doit s'appliquer dans les bassins rétrécis, même dans les cas de disproportions peu prononcées entre la tête et le bassin.

Son emploi est en outre indiqué lorsque : la tête ne s'engage pas, lorsque le col ne se dilate pas ou lorsqu'il y a crainte de rupture utérine imminente.

OBSERVATIONS

1) (*Clinique Tarnier*). — Mme C. B., I pare, 19 ans.
Dernières règles 3 novembre.

Césarienne basse classique pour présentation du front dans un bassin généralement rétréci.

Extraction d'un garçon *vivant* pesant 3.400 grs. Placenta facilement enlevé par expression.

*
**

2) (*Clinique Tarnier*). — Mme V. O., I pare, 32 ans.
Régée à 12 ans.

Dernières règles du 1^{er} au 15 mai.

Début du travail le 19-2 à 1 heure.

Entrée dans la salle à 1 h. 30. Dilatation 2 frs.

Dilatation complète à 11 h. 30.

Rupture des membranes artificielles; liquide amniotique teinté de méconium.

On décide l'intervention:

A 12 h. 30, césarienne basse.

Enfant *vivant*, de 2.876 grs.

Mère décédée l'après-midi.

CONCLUSIONS

1) La présentation du front, dite définitive, est une présentation bien individualisée et autonome qui ne peut être assimilée à aucune autre présentation céphalique.

2) Il y aurait lieu de distinguer deux variétés de présentation du front :

a) les présentations à terminaison favorable et spontanée sans aucune intervention préalable, et qui sont relativement fréquentes;

b) les présentations dystociques où le bassin le plus normal correspond alors à un bassin transversalement rétréci, et où seule la malléabilité excessive de la tête fœtale permet l'engagement et l'accouchement ultérieur.

3) Le pronostic est bon dans le premier groupe, par contre assez mauvais dans le second.

4) Les règles du traitement à suivre sont les suivantes :

En cas de présentation non enclavée, l'expectation, dans les limites compatibles avec la sécurité de la mère et de l'enfant sera la grande ligne de conduite.

5) Lorsque la tête est suffisamment mobilisable et lorsqu'on veut terminer rapidement l'accouchement, on aura recours à la version.

6) Le forceps n'est pas indiqué dans les présentations enclavées. Il ne sera employé que lorsque la tête est engagée sans enclavement.

7) La césarienne s'emploiera avec succès dans les bassins rétrécis ou lorsque la dilatation ne se fait pas.

8) En cas de mort fœtale une basiotripsie ou cranio-clasie, s'impose.

9) La symphysiotomie, traitement de choix, est indiqué dans les présentations pelviennes peu accentuées et lorsque la dilatation est à peu près complète. Elle trouve son indication particulière dans les infections légères de l'accouchement, car les opérations abdominales font courir plus de risques.

Les chances d'infection sont réduites au minimum. Les mortalités maternelle et fœtale sont considérablement abaissées.

10) La symphysiotomie n'est pas seulement une ampliation momentanée du pelvis, mais bien la guérison définitive de l'insuffisance pelvienne de la mère dans les accouchements ultérieurs. Cet avantage doit donc la faire adopter de préférence à la pubiotomie.

Vu : le Doyen de la Faculté,

G. ROUSSY.

Vu : le Président de thèse,

BRINDEAU.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

S. CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

*Nous n'avons pas la prétention de donner
une bibliographie complète*

- MAURICEAU. — Obs. sur la grossesse et l'accouchement des femmes, etc. Obs. 529, p. 439, Paris, 1738.
- BAUDELOQUE. — L'art des accouchements, t. II, p. 35. Paris, 1796.
- LEVRET. — Cité par Baudeloque, 1796.
- LACHAPELLE (Mme). — Pratique des accouchements, t. I, p. 370. Paris, 1820.
- CHAILLY. — *Revue Médicale*, 1844.
- JAQUEMIER. — Traité d'obs., 1846, p. 73.
- SCHATZ. — *Arch. f. Gynäk*, 1873.
- AHLFED. — Die Entstehung der Stirn-und Gesichtslagen. *Arch. F. Gynäk.* B. 16 p. 47, 1837.
- SCHROEDER. — Manuel de l'accouchement, trad. par Charpentier, 1874.
- BUDIN. — De la tête du fœtus de point de vue de l'obstétrique. Thèse Paris, 1876.

NAEGELE et CREUSER. — Traité d'accouchement, trad.
par Audemar, 1880.

MANGIAGALLI. — Il parto per il fronte. *Annali di Ost.*,
1880 et 1884.

HECKER. — Beob. und Untersuchungen. München, 1881.

TARNIER et CHANTREUIL. — Traité d'acc., 1882.

HEINRICIUS. — Des présentations du front, etc. Helsing-
fors, 1883.

BELUZZI. — Contributo allo studio del parto per il
fronte. *Mem. de l'Acad. delle Scienze de l'Institut
di Bologna*, 1884.

KLEINWAECHTER. — Grundriss der Geburtshilfe. Bonn.,
1884.

CHIARLEONI. — Distocia mecanica fetale per present
di fronte. *Ann. di ost.*, 1884.

MARCHIONNESCHI. — *Annali di ost.*, 1884.

DEVARS. — Etude clinique et exp. sur la pres. du front
et l'accouch. par le front. Thèse Lyon, 1885.

RASCH. — Thèse Wurzburg, 1885 et *Centrale gyn.*,
1885 (Analyse).

BLANC. — *Nouvelles archives d'obst. et de gynéc.*, 1886.

BONNAIRE. — De la prés. du front. *Gazette des Hôpi-
taux*, 23 mars 1889.

AWARD. — Travaux d'Obst., 1889.

- POLLOSSON. — Du mécanisme de l'acc. dans les présentations du front. *Ann. de Gyn. et d'Ost.*, mars 1893.
- VIARDEL-DORTAE et MOUQUERT. — L'obstétrique aux XVII^e et XVIII^e siècles, 1892.
- GRAVIER. — De la conduite à tenir dans les présentations de la face. Thèse Paris, 1893.
- VARNIER. — Leçon clinique, 1894.
- Congrès Moscou, 1897.
- FIEUX. — Traitement de la prés. de la face. *Rev. prat. d'Obst. et de Pédiatrie*, 1901.
- WALLICH. — La symphysiotomie dans les présentations permanentes du front. *Soc. d'Obst., de Gynéc. et de Péd.*, janvier 1902.
- PINARD. — *Soc. d'Obst., Gyn. et Péd.*, janvier 1902.
- PLAUCHU. — *Lyon Méd.*, novembre 1903.
- WINCKEL. — Handbuch f. Geb., 1904.
- RIBEMONT-DESSAIGNE et LEPAGE. — Précis d'obst., 1904.
- FRUHINGSHOLE. — Prés. du front. *Revue prat. d'Obst. et Péd.*, 1906.
- OSTER. — Contrib. à l'étude de la prés. du front. Thèse, Nancy, 1907.
- PINARD. — *Soc. d'Obst., de Gyn. et Péd.*, 1908.
- CHEVALIER. — Thérap. des présentations permanentes du front. Thèse Paris, 1909.

- OUI. — Prés. du front. *Bull. Soc. Obst.*, Paris, 1911.
- CHAMBERLANT, PERY. — Présentation du front ayant nécessité une Basiotripsie. *Bull. et Mém. Soc. de Méd., Chir. de Bordeaux*, 1911, p. 110.
- LÉVY. — *Revue pratique d'Obst. et Pédiat.*, Paris 1912.
- BEYRE. — Klinik der Stirnlage. 46 Fälle der Kgl. Universitäts. *Kronenlinik in Muenchen aus den Jahren*, 1885-1911, 8°, Munich, 1912.
- KAISER. — Ueber Vorderhauptlagen (8° Basel, 1914).
- GAUSSEL. — *Bull. Soc. Obs. et Gyn.*, 1920.
- BUATON, VIGGIN. — Resume of face and brow presentations. (*Rhode Island. M. J.* 328, oct. 1922).
- CHATILLON. — Schweiz. M. W., 1922.
- HERMSTEIN. — Stirnlagen, etc. (*Zent. F. Gyn.* 46. 655., 29 avril 1922).
- HEINLEIN. — Stirnlage, etc. (*Zent. F.*, 46. 2065, 1922).
- JESS. — Zur Etiologie der Deflessionslagen (*Zentral. F. Gyn.*, *Leip.*, 1923, XLVII. P., 565).
- EISENBERG. — Ein Fall von Stirnlage (*Zent. F. Gyn.* 48. 2069., 20 sept. 1924).
- DEMELIN-DEVRAIGNE. — Manuel des accoucheurs, 1924.
- STILBAUER. — Monatsh. f. *Geb. und Gyn.*, 1924.
- CALHOUM. — Brow presentation an attitude of deflection with history of case of spontaneous brow transverse. (*Am. J. Obst. et Gyn.* 10. 266. août 1925).

- JESS. — Mechanismus bei Stirnlagen, etc. (*Zent. F. Gyn.*, 49. 2609).
- LOPEZ HERMOSA. — Parto en el presentacion del frente. *Jour. M. Mexico*, 1926.
- LE LORIER. — Prat. de l'art des accouchements. Brindeau, 1927.
- GEPPERT. — Zange bei mentoposteriorer Stirnlage. (*Zent. F. Gyn.* 51. 429., 12 février 1927).
- HOGLER. — Ursache und Behandlung der Geburt in Vorderhauptshaltung (*Monat. F. Geburt. U. Gyn.* 75. 349, 1927).
- KERMANNER. — Die geburt in Streckhaltung des Kindes (*Zentral F. Gyn. Leip.*, 1928).
- BROUHA. — *Liège Médical*, 1928.
- FAVREAU. — *Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, 1929.
- AUDEBERT et ESTIENNY. — *Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, 1929.
- MARET. — *Gyn. et Obst.*, 1929.
- VON KRENIGER, GUGGENBERGER. — Ueber Stinlagen. (*Arch. F. Gyn.* 137. 838, 1929. 142. 197., 1930).
- SCHWAAB. — *L'obstétrique des praticiens*, 1931.
- WILLIAMS. — *Précis d'Obst.*
- FABRE. — *Précis d'Obst.*
- SELHEIM. — In Doederlein *Précis d'Obst.*
- MARKOE. — Cité par Jeannin.

DE FREITAS, SIMOES. — A proposito de dois casos de apresentacao de fronte. (*Med. Contemp.* 49. 253., 10 juillet 1931).

*
**

SYMPHYSIOTOMIE

FARABEUF. — *Ann. Gyn.*, 1892.

— *Normandie Médicale*, 1894.

— *Gazette Hebdomadaire Méd. et Chir.*, 1894.

BOR. — Leçons de clin. obst.

SIGAULT. — Angers, 1773.

— Paris, 1779.

MORISANI. — Naples, 1863.

VARNIER. — *Ann. Gyn.*, 1893.

— Congrès de Moscou, 1897.

RUBINROT. — Thèse Paris, 1899.

NEUGEBAUER. — Leipzig, 1893.

LÉOPOLD. — *Z. f. Gyn.*, 1892.

MENGE. — *Arch. f. Gyn.*, 1918.

ZARATE. — *Gyn. et Obst.*, 1921.

FRANK. — *Z. f. Gyn.*, 1898.

ZWEIFEL. — Soc. Gyn. allemande, 1893.

ROSSIER et LE LORIER. — Congr. de Gyn. de Langue Française, 1925.

PINARD. — *Soc. Obst.*, 1902.

VAN DER HORST. — Thèse Paris, 1931.

JORAND. — Thèse Paris, 1896.

ABELLY. — Thèse Paris, 1899.

RUDEAUX et DESNOYERS. — *Soc. d'Obst. et Gyn.* Paris, 11 février 1929.

DESNOYERS. — *Revue Française de Gyn. et Obst.*, 1929.

— *La Médecine*, avril 1931.

PEYTAVIN. — Thèse Paris, 1931.

